

都知的障害者サッカー連盟による はじめよう！サッカー入門②

共催：東京都知的障害者サッカー連盟

日 時 平成 27 年 1 月 17 日・2 月 21 日・3 月 14 日（土曜日）

10:00～12:00 全 3 回

※雨天中止（中止の判断は当日朝 9 時・下記にお問合せください）

場 所 東京都障害者総合スポーツセンター 運動場

受講資格 知的障害児者（小学生以上）

内 容 サッカーを楽しむ事を目的に障害や年齢に応じた練習（個人スキルの練習）を行います。
経験者の方もこれからサッカーをしてみたい初心者の方も大歓迎!!

定 員 30 名

申込期間 平成 26 年 12 月 6 日（土）～12 月 27 日（土）

申込方法 下記の申し込み用紙に必要事項を記入し、郵送かファックス又は来館にてお申し込みください。
（定員を超えた場合は抽選にて決定いたします。受講決定次第はがきにて御連絡いたします。
決定通知到着は開催日 1 週間前を予定しております。）

申 込 先 〒114-0033 東京都北区十条台 1-2-2 東京都障害者総合スポーツセンター
教室担当宛 TEL : 03-3907-5631 FAX : 03-3907-5613

き り と り

H26

「都知的障害者サッカー連盟によるサッカー入門教室②」受講申込書

利用証 No.				受付日	月	日	受付者()
ふりがな 氏 名	男 ・ 女	才	障害名		等 級	度	
住 所	〒 ー TEL/FAX ()						
保 護 者 の同意	上記の者が、この教室に申し込むことを同意します。 保護者氏名 _____ 印 _____						
右 記 の 項 目 に つ い て お 知 ら せ く だ さ い	(該当する箇所を○で囲み、また{ }内にご記入ください) 1 医師からの運動制限 なし・あり ありの方はその内容{ } 2 薬の服用 なし・あり ありの方はその名称{ } 3 スポーツ経験 なし・あり ありの方は内容をご記入ください { } 4 親子（又は介助者付き）参加についてお知らせください ・いつも出来る ・時々出来る ・出来ない ・検討中 5 コミュニケーションについてお知らせください a. 言葉で受け答えができる ・単語程度は言える ・何も言わないが言われたことの理解は出来る ・言葉でのやりとりは難しい ・その他 { } b. 意思伝達の方法 方法 { } 6 身体的に配慮が必要な方は、その内容をご記入ください { } 7 この教室を何で知りましたか？ 館内掲示・ホームページ・スタッフ・広報誌{広報誌名 }						

※お預かりした個人情報とは、本教室運営に必要な目的以外には使用いたしません。